

# Consultatie in de instelling

*Hans Bom*

- 1 Inleiding
- 2 Redenen voor consultatie
- 3 Voor de start: de context
- 4 De start en onderzoeksfase
- 5 Inhoudelijke overwegingen tijdens de onderzoeksfase
  - 5.1 Afstand en nabijheid
  - 5.2 Het tijdsaspect
  - 5.3 Deconstructie van de individuele diagnostiek
  - 5.4 Deconstructie van wederzijdse percepties van ouders en hulpverleners:  
de systeemdynamiek
- 6 Het vervolg
  - 6.1 Nooit zonder cliënt: altijd met
  - 6.2 Verzet tegen gevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag
  - 6.3 Invloed op het eigen leven vergroten
  - 6.4 Team en organisatie medeverantwoordelijk
- 7 Afronden van de consultatie
- 8 Wat is van belang voor systeemtherapeuten?
- 9 Toepasbaarheid in andere contexten

## 1 Inleiding

Dit hoofdstuk laat mogelijkheden van systeemdenken zien bij consultatie in instellingen. Sommige mensen hebben, vanwege een psychiatrische stoornis en/of een verstandelijke beperking in hun leven chronisch te maken met hulpverlening en hulpverleners. Bijvoorbeeld omdat zij tijdelijk of langdurig verblijven in een instelling.

Als daar problemen ontstaan, is systemisch denken bij uitstek bruikbaar, want het gaat het veelal om complexe situaties waar veel mensen bij betrokken zijn.

In dit hoofdstuk wordt een werkwijze beschreven waarbij systeemtherapeuten als externe consultant gevraagd worden om een vastgelopen situatie weer in beweging te krijgen. De beschreven werkwijze is ook bruikbaar voor systeemtherapeuten die in de context van een instelling werken, al heeft het werken vanuit een 'buitenpositie' in vastgelopen situaties een specifieke dynamiek.

Aan de hand van een casus wordt beschreven hoe in vastgelopen situaties opvattingen dominant geworden zijn, posities gefixeerd zijn geraakt, en herhalende negatieve interactiepatronen zijn ontstaan (Boeckhorst, 2003). Met behulp van onder andere deconstructie van dominante opvattingen, werken met de polariteit afstand-nabijheid, bevragen van de ervaren invloed en in beeld brengen van het verloop in de tijd, tracht de consultant ruimte te creëren om op de achtergrond geraakte vaardigheden en ontwikkelingsmogelijkheden weer naar voren te halen. Naast ouders en familieleden worden ook teams en sleutelfiguren van organisaties nadrukkelijk bij de consultatie betrokken omdat zij deel van het gehele systeem uitmaken en belangrijke actoren zijn. De casus betreft een vastgelopen situatie in een instelling voor mensen met een verstandelijke handicap.

De methodiek die beschreven wordt, kent twee fasen: een uitvoerige onderzoeksfase die afgesloten wordt met een verslag en een voorstel. Dat voorstel kan inhouden dat de consultants in een tweede fase tijdelijk worden toegevoegd aan het behandelteam en vanuit die positie een systemische behandeling doen van meerdere zittingen. De beschreven methodiek is algemener toe te passen in situaties waar sprake is van chronische problematiek.

## 2 Redenen voor consultatie

Een consultatie wordt meestal aangevraagd als er handelingsverlegenheid is ontstaan en er sprake is van een impasse. De problematiek die aanleiding is voor consultatie, kan liggen bij degene die opgenomen is. Er is bijvoorbeeld sprake van zelfbeschadiging, (zich onmogelijk maken door) geweld tegen anderen, dreiging van zelfdoding, isolement en ernstige vormen van terugtrekken, schadelijk middelengebruik. Een aanleiding voor consultatie kunnen ook problemen zijn in het gezin of in de familie, zoals bedreigingen, fysieke of mentale beschadigingen, onenigheid, escalaties. En een laatste reden voor een consultatie is vaak onenigheid of verschil van inzicht tussen hulpverleners of andere betrokken instanties zoals school of maatschappelijke organisaties onderling of tussen hulpverleners en cliënten.

Als consultatie wordt aangevraagd, is er meestal al veel gebeurd. De blik van een betrokken buitenstaander kan gemakkelijker nieuw licht werpen op de zaak. Zijn vragen kunnen net dat venster openen waardoor men verder kan. Voor de consultant is het van belang snel en goed de context van de vraag in beeld te krijgen. Een hulp daarbij is te beseffen dat deze vastgelopen en complexe situaties vaak de volgende kenmerken hebben.

- Er zijn vele hulpverleners bij betrokken of betrokken geweest.
- Er is al een veelheid aan interventies geprobeerd.
- Hulpverleners en familie hebben zich al langere tijd extra ingespannen.
- De meeste mensen die bij de situatie betrokken zijn, ervaren demotivatie, hopeloosheid en uitzichtloosheid.
- De problematiek is niet eenduidig te kaderen en er is vaak verschil van mening over diagnostiek en aanpak.
- De geïdentificeerde patiënt is meestal geen probleemeigenaar en geen consultvrager.
- Er is een grote kans dat er tussen de betrokkenen zich herhalende negatieve patronen ontstaan zijn.

Angelique van 22 jaar woont in een instelling. Zij leeft hoofdzakelijk geïsoleerd in haar kamer. Zij heeft steeds een 'twee-op-een'-begeleiding. Op dit moment is daarmee de begeleiding te doen. Men vraagt of wij, consulenten, mee willen denken omdat het onverdraaglijk is te accepteren dat een jonge vrouw haar verdere leven opgesloten moet leven en twee begeleiders nodig heeft om te kunnen functioneren. De vraag is of er een menswaardiger perspectief gecreëerd zou kunnen worden. Men is bang dat Angelique agressief wordt als er meer van haar gevraagd wordt zoals in het verleden veelvuldig is gebeurd. Ook recent heeft zij nog begeleiders aangevlogen. Er is een negatief patroon ontstaan tussen hulpverleners en haar. Ze kan zeer heftig en onverwachts reageren, en kan dan begeleiders aanvliegen, met grote spullen (zoals eens een tv) smijten en met ontlasting smeren. Ze heeft een matig verstandelijke handicap (IQ 50). Sinds driekwart jaar komt ze niet meer thuis. Ouders komen op bezoek en zij wil dat ze na een halfuur alweer weggaan. Haar ouders vinden dat ze achteruitgaat. De familie en de instelling zijn het oneens over de benadering. Volgens moeder kan ze veel meer omdat ze dat vroeger ook kon. De instelling denkt dat Angelique de prikkels van het leven niet aankan en dat dit de oorzaak is van de gedragsproblemen. De onenigheid leidt niet tot grote ruzies, maar wel tot afstand en 'wij-zij'-denken. Hulpverleners zien de huidige manier van begeleiden als de enig mogelijke en durven de ontwikkelde begeleidingsstijl niet los te laten, uit angst voor toename van escalaties. Ze is door diverse specialisten onderzocht. De explosieve uitbarstingen worden gezien als psychotische decompensatie, mogelijk in verband met haar autistische stoornis. Angelique heeft al jaren zware neuroleptica.

### 3 Voor de start: de context

Vanzelfsprekend is het voor de consulent van belang wie de consultvraag stelt en wie er van de vraag op de hoogte is. Voor de primaire positionering van de consulent is het zinvol de formele juridische en financiële kaders na te vragen en bij de start helder te hebben. Dat wil zeggen dat duidelijk moet zijn wie welke verantwoordelijkheden draagt en wie de opdrachtgever en financier van de consultatie is. Ook moet duidelijk zijn dat de leidinggevende en de verantwoordelijke behandelaars de consultatie goedkeuren. Dat is essentieel, wil de consultatie slagen. De verwachtingen van een consultatie kunnen verschillen. Soms is er behoefte aan een eenmalig consult met een team of een cliëntensysteem. In een andere situatie is er behoefte aan een langduriger traject om een verandering te initiëren en kan de systeemtherapeut/consulent tijdelijk extern toegevoegd worden aan het behandelend team. Het is belangrijk in elk geval te starten met de betrokkenen die behoefte hebben aan een consultatie. Bij het systeem hoort altijd ook een geïdentificeerde patiënt. Soms is die aanwezig bij de kennismaking, maar meestal niet.

#### 4 De start en onderzoeksfase

De inhoudelijke start van de consultatie is een eerste gesprek met alle betrokkenen. Daarin staat de vraag centraal wat voor de verschillende betrokkenen de grootste problemen zijn en wat de hulpvraag is. Het heeft meestal niet veel zin om met de positieve veranderingswensen te beginnen omdat de betrokkenen hopeloos zijn en vol zitten met problemen. Daarom kan men het beste daar bij aansluiten. Sfeer en gespreksvoering in het eerste gesprek zijn nogal cruciaal. Een belichaamde vriendelijke, niet-vermijdende, niet-oordelende en niet-beschuldigende attitude is hierbij essentieel. Als een ouder bijvoorbeeld een verdedigende of geagiteerde toon heeft, dan helpt het om dat op een niet-beschuldigende manier ter sprake te brengen. Ook voor hulpverleners is een consult niet altijd gemakkelijk. Het zou kunnen dat de consulent kritiek heeft op het professioneel handelen van de hulpverleners. Als zij zich bekritiseerd voelen en dat wordt zichtbaar, is het eveneens van belang dat de consulent duidelijk maakt dat hij er niet op uit is fouten te ontdekken of kritiek te leveren. Hij kan dan bijvoorbeeld iets zeggen als: 'Ik besef dat het om een moeilijke situatie gaat waar iedereen zich kwetsbaar kan voelen, dat geldt ook voor mij.' De consulent weet immers ook niet of hij in dit geval een positieve bijdrage kan leveren, al zal hij daar wel zijn best voor doen. Dergelijke interventies zijn het moeilijkst als er veel spanning is in een team of tussen hulpverleners en cliënten. Een mooi voorbeeld van vragen die je kunt stellen, is te zien bij een consult van Minuchin waar een video van gemaakt is: *The caretaker* (Minuchin & Simon, 2005).

In het eerste gesprek wordt een voorstel voor de vervolgstappen gedaan. Bij zo'n ingewikkelde vraag als bij Angelique zijn dat meestal kennismakingsgesprekken: met de ouders van de cliënt, met broers en zussen, met het team, met de cliënt zelf en met de inhoudelijk verantwoordelijke en leidinggevenden. De samenstelling kan variëren al naargelang de wensen en mogelijkheden. Het is altijd de bedoeling om de visie van alle betrokkenen te horen: wat zijn hun ideeën over hoe een en ander is ontstaan en welke verandermogelijkheden zien zij? Het dossier kan worden doorgenomen om een indruk te krijgen van de diagnostische overwegingen, de soorten interventies en de motivaties daarachter.

Op basis van de interviews wordt een analyse en vaak ook een verslag gemaakt. Aan de orde komen de geschiedenis van de cliënt en de hulpverlening, de diagnostiek met de lacunes daarin, de systeemdynamiek en de mogelijke effecten op de problematiek. Er wordt uitvoerig de tijd genomen om betrokkenen te spreken en zich in de geschiedenis te verdiepen vanuit de veronderstelling en de ervaring dat het zomaar op weg gaan het risico op herhaling van niet-constructieve patronen met zich meebrengt. Het doel van de verslaglegging is om een gezamenlijk referentiekader te creëren. Bateson (1972, p. 84) noemt dat *same frame of reference*. Dat is een hulp om koers te bepalen en koers te houden. Het dient als gezamenlijke oriëntatie tijdens de consultatie en vormt de bedding voor de dialoog waarin de inbreng van ieder weer essentieel en onmisbaar is. Dit verslag wordt in een gezamenlijke bespreking met alle betrokkenen en meestal zonder de geïdentificeerde patiënt besproken. De cliënt is hier meestal niet bij omdat de geïdentificeerde patiënt vaak niet de consultvrager en probleemeigenaar is, maar ook omdat ouders (soms als wettelijke vertegenwoordigers) en hulpverleners ieder op hun wijze gezag en macht hebben. Zij hebben de vraag om hulp gesteld.

In de eerste fase van de consultatie wordt ieders positie en verantwoordelijkheid erkend en gevalideerd. De consulenten leggen in het eerste gesprek uit dat dit de enige keer is dat ze zonder de cliënt erbij over diens leven praten. Zij willen *met* en niet *over* iemand praten. Als een

geïdentificeerde patiënt niet aanwezig kan of wil zijn, zal de systemisch consulent dat respecteren maar duidelijk maken dat hij wel kan werken met de onmacht van de betrokkenen en de vragen die zij hebben, maar dat het niet mogelijk is om de invulling van het leven voor een ander te bepalen. Daarmee positioneert de consulent zichzelf. Hij is afhankelijk van de inzet van ieder om een consultatie en een eventueel langduriger proces kans van slagen te geven. Dus zo mogelijk zijn alle betrokkenen aanwezig. Dit standpunt roept meestal veel vragen en discussie op. Het is in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en in de chronische psychiatrie niet altijd de gewoonte problemen samen met cliënten te bespreken. Maar oplossingen zullen alleen kunnen komen uit een veranderd samenspel tussen de betrokkenen, inclusief de geïdentificeerde patiënt.

De centrale vraag is of ieder zich kan vinden in de voorgestelde aanpak. We nodigen hiertoe ieder uit zijn aarzelingen naar voren te brengen. Van belang is of de aarzelingen voor de betrokkenen een reden zijn om niet aan een systeembehandeling te beginnen. Vrijwel altijd, zoals ook in het voorbeeld van Angélique, hebben de ouders en de hulpverleners conflicterende visies. Het is van belang de conflicterende elementen te onderkennen en te benoemen.

## 5 Inhoudelijke overwegingen tijdens de onderzoeksfase

De impasse in het systeem wordt in stand gehouden door dominante opvattingen, door betekenissen die aan gebeurtenissen worden gegeven en door gedragingen of omgangsvormen. De leden van het systeem reageren op al deze aspecten op een eigen manier en hierdoor ontstaan zich herhalende ingewikkelde patronen (Boeckhorst, 2003). De blik verruimen en alternatieve betekenissen en gedragingen ontwikkelen gebeuren onder andere door het principe van 'deconstructie' toe te passen (Bom, 2002; White, 1991; White & Epstein, 1989).

Een ander zeer bruikbaar concept is dat van de polariteit afstand-nabijheid. Daarnaast is het zaak goed oog te hebben voor het tijdsaspect.

Eerst worden afstand en nabijheid en het tijdsaspect besproken, daarna wordt ingegaan op 'deconstructie'.

### 5.1 Afstand en nabijheid

Impasses hebben meestal invloed op de manier waarop betrokkenen contact met elkaar ervaren. Alleen al door een opname verandert de natuurlijke afstand tussen familieleden. Verschillende vaak tegenstrijdige gevoelens gaan met een opname gepaard. Enerzijds is er een opluchting, zowel bij familie als bij de cliënt, omdat de dagelijkse problemen afwezig zijn; anderzijds is er vaak gemis en verdriet omdat men zich gescheiden voelt en naar samenzijn verlangt.

Bij impasses wordt de afstand tussen de cliënt en de familie groter. Professionals voelen zich genoodzaakt om zich nadrukkelijker met het leven van de opgenomen cliënt te bemoeien en daarin in te grijpen en daardoor is er minder ruimte voor ouders of familie. De cliënt voelt zich vaak eenzaam en negatief geproblematiseerd of bekritiseerd. Het gevolg daarvan is dat de onmacht toeneemt en het gevoel van invloed op het eigen leven afneemt. Tegelijkertijd zien familieleden dat het niet goed gaat met hun dierbare familielid of kind. Dat is moeilijk te verdragen en verdroeg groot hun drang om nabij te zijn. Dat is echter niet zomaar mogelijk gezien de moeilijkheden die de impasse kenmerken. Als er geen uitzicht is op verandering en verbetering raken betrokkenen gefrustreerd. De familieleden gaan de professionals verwijten dat ze geen ruimte maken voor hun gewone contact en de professionals verwijten de familie dat ze geen oog hebben voor

de problematiek en de daarvoor noodzakelijke behandeling. Professionals duwen de familie dan gemakkelijk op meer afstand, hetgeen een negatief patroon versterkt en de onmacht met de daarbij behorende frustratie vergroot.

## 5.2 Het tijdsaspect

Een andere focus in de onderzoeksfase is te bezien hoe de ontwikkeling van het patroon tussen hulpverleners en cliëntsysteem in de tijd verloopt. Al is het vaak voor de betrokkenen wel herkenbaar dat er sprake is van een vicieuze cirkel, toch lukt het niet om hier uit te stappen omdat iedereen vasthoudt aan de eigen preferente manier van redeneren en de eigen verandertheorie. Oog krijgen voor de ontwikkeling in de tijd helpt om gebeurtenissen, gedachten en gedragingen in het perspectief van de ontwikkeling en eigenschappen van de cliënt te plaatsen. Daarmee kan beter begrepen worden hoe de betrokkenen verleid worden op een herhalende manier te reageren en wat dat weer voor effect heeft op andere betrokkenen.

## 5.3 Deconstructie van de individuele diagnostiek

Als iemand gedrag vertoont dat als bijzonder of afwijkend wordt gezien, wordt dit meestal in de vorm van een diagnose beschreven. Vervolgens worden dit gedrag en de diagnose oorzakelijk verbonden: het gedrag vloeit voort uit de stoornis. Vervolgens wordt de persoon geïdentificeerd met de stoornis. Zij vallen gemakkelijk samen. Hierdoor richten hulpverleners, maar ook mensen in het netwerk zich op het verminderen van symptomen die gekoppeld worden aan de stoornis. Zo verdwijnt de persoon zelf uit het verhaal. Hij of zij krijgt zelf geen zeggenschap over de symptomen, want die zijn nu eenmaal onderdeel van de stoornis. Zo wordt iemand een 'gestoord persoon' in plaats van een persoon 'die last heeft van symptomen waar hij moeilijk greep op krijgt'.

Dominante opvattingen bij Angelique zijn: het hebben van een verstandelijke handicap, haar emotionele achterstanden, de diagnose autisme en de duiding van haar plotselinge uitbarstingen als psychotische decompensaties ten gevolge van deze stoornissen.

Een gebruikelijk narratief is: het is niet zo vreemd dat je uitbarstingen krijgt als je de wereld niet begrijpt, als je de vele prikkels die op je afkomen slecht kunt verwerken en als je ook nog een psychotische aanleg hebt. Plotseling opkomende stemmingen en gevoelens kunnen je dan overspoelen. Daarom is het van belang de hoeveelheid prikkels zo veel mogelijk te beperken. Meer uitbarstingen geven aan dat er nog steeds te veel prikkels zijn en nopen tot nog meer prikkelreductie.

De systemische consultants deconstrueren deze opvattingen door een ander kader te introduceren: Niemand begrijpt de heftige uitbarstingen van Angelique, ook zijzelf niet. Naaste betrokkenen en deskundigen zijn blijven gissen naar verbanden en mogelijke oorzaken. Noch een prikkelarme benadering, noch forse medicatie heeft ervoor gezorgd dat de uitbarstingen achterwege blijven. De consultants benadrukken dat ze Angelique als een zachtaardige en contactbehoefte vrouw hebben leren kennen. Ze stellen voor de uitbarstingen te zien als plotseling optredende blikseminslagen zonder duidelijke oorzaak, die kennelijk in het leven van Angelique kunnen voorkomen.

## 5.4 Deconstructie van wederzijdse percepties van ouders en hulpverleners: de systeemdynamiek

Als bij een bepaalde diagnostiek een voorgeschreven aanpak hoort, dan kunnen hulpverleners en ouders fouten maken, zowel in de ogen van anderen als in hun eigen ogen. Als bij de omgang met iemand met het label 'autisme' bijvoorbeeld het reduceren van prikkels hoort, kan

elke prikkel er één te veel zijn en schadelijk zijn voor het individu met de stoornis. Er wordt een causaal verband verondersteld tussen het gedrag van de patiënt en omgevingsinvloeden, ook al is het concrete verband niet te vinden. In deze situatie kunnen de hulpverleners zich gemakkelijk tekort voelen schieten wanneer de symptomen, ondanks het goed en zorgvuldig uitvoeren van de richtlijnen, toch blijven bestaan en kunnen ouders zich schuldig voelen over het feit dat ze jarenlang hun kind blootgesteld hebben aan te veel prikkels. Hulpverleners en ouders gaan op elkaar reageren vanuit gevoelens van onmacht, tekortschieten en frustratie. Zo ontstaat een patroon van elkaar blameren, wat negatief en spanningsvol is. Dit belemmert een goede samenwerking rond de behandeling. Toename van symptomen vraagt vanuit deze betekenisgeving om nog meer gespecialiseerde en nog betere behandeling van de stoornis, want die blijkt nog dieper en ernstiger dan men al dacht. Deze wederzijdse percepties en reacties worden door de therapeuten gedeconstrueerd. Dit keer door het escalierend patroon te benoemen en iedereen te mobiliseren rond het doorbreken daarvan.

In het leven van Angelique vinden met regelmaat incidenten plaats waarbij zij heftige agressieve uitbarstingen heeft. Als reactie daarop wordt een kaal, prikkelarm leven ingericht om zo de wereld veilig en voorspelbaar voor haar te maken. Als het beter gaat, wordt het leven weer interessanter gemaakt en uitgebreid met activiteiten. Zij krabbelt op. Dit gaat zo tot de volgende blikseminslag die weer tot gevolg heeft dat haar leven tot de nullijn wordt teruggebracht. De herhaling van deze gebeurtenissen zorgt ervoor dat er negatieve verhalen omtrent Angelique rondgaan, het maakt begeleiders angstig en behoedzaam, ouders worden verdrietig en soms boos omdat zij hun dochter niet meer herkennen. Angelique vereenzaamt steeds meer en zij wordt vreemder en onaangepaster omdat het gewone leven steeds meer op de achtergrond raakt.

De herhaling van de blikseminslagen en de reactie van de omgeving daarop zijn een zichzelf in stand houdend en versterkend patroon geworden waar iedereen ongelukkig van wordt. Dat roept de vraag op of en hoe op een volgende blikseminslag anders gereageerd kan worden.

## 6 Het vervolg

In het verslag waarin de bevindingen zijn neergelegd, staat ook een voorstel voor behandeling om de impasse te doorbreken. De ervaring tot nu toe is dat de intensiefste behandeling door consulenten gemiddeld anderhalf jaar duurt en bestaat uit ongeveer vijftien systeemtherapie-sessies, enkele teamtrainingen en coaching van collega-systeemtherapeuten, leiding en staf. Meestal zijn er enkele aparte sessies met ouders en familieleden. In de therapie komen enkele belangrijke elementen vaak terug: praat nooit zonder maar altijd met de cliënt; het hebben van een handicap is geen excuus voor gevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag; iedereen, ook iemand met een handicap, kan mee oplossingen vinden voor zijn problemen (De Bode & Bom, 2008).

### 6.1 Nooit zonder cliënt: altijd met

Een van de meest pathologie in stand houdende gewoonten in de hulpverlening van cliënten met een verstandelijke handicap, is om te praten *over* problemen en oplossingen *zonder* de cliënt. Gekozen wordt voor gesprekken met de cliënt erbij. Ouders kunnen met de cliënt communiceren, hulpverleners kunnen dat en de cliënt kan dat met hen, en juist in de communicatie

ontstaan de problemen die hopeloosheid, angst of boosheid genereren bij betrokkenen. De ervaringen met de daadwerkelijke interacties tussen cliënt, hulpverleners, ouders en de therapeuten worden gebruikt in het zoeken naar verandering.

In de eerste sessie wordt besproken waar ouders en waar hulpverleners het meest mee zitten in de omgang met de cliënt. De consultants maken met woorden en houding duidelijk dat elke opvatting van iedere aanwezige de moeite waard is, ook al is een uiting niet direct te plaatsen of te snappen. Zij leggen uit dat zij zullen doorvragen omdat zij geïnteresseerd zijn in wat ieder wil zeggen of uitdrukken. Van belang is de inbreng van ouders en hulpverleners op een zo concreet mogelijke manier te bespreken. Dus als ouders zeggen dat ze hun dochter graag gelukkig zouden willen zien, vragen de consultants hoe ze dat zouden zien en waaraan. Ouders vertellen bijvoorbeeld dat hun kind vroeger kon lachen om grapjes en kon genieten van wandelingen maken of ijsjes eten. Als het zo concreet wordt, is het meestal voor de cliënt herkenbaar en te volgen. Zo niet, dan zijn er visuele en non-verbale manieren om duidelijk te maken wat ouders of hulpverleners bedoelen. Ouders en hulpverleners kennen de cliënt zo goed dat dit meestal lukt.

Iedereen is gespannen aan het begin van het eerste gesprek. Zou het wel goed gaan en zou het niet te veel voor haar zijn? Angelique is bij binnenkomst direct blij haar moeder te zien. Ze wil wel een kop koffie. Het eerste deel van het gesprek doet ze niet uit zichzelf mee. Als haar moeder vertelt dat ze vroeger blij kon zijn en mee hielp met koken, gaat ze meepraten en beaamt dit. Op een gegeven moment komen ook de moeilijke dingen die zijn voorgevallen aan de orde. Zonder omhaal spuit ze de reeks gedragingen waarvan zij waarschijnlijk denkt dat ze niet in de haak zijn, wat klopt. Met een van de therapeuten tekent ze de gedragingen op haar onbeholpen, maar duidelijke manier op een flap. Ze doet het met overgave. Het is voor ouders en hulpverleners een grote verrassing dat ze het gesprek van bijna een uur zo goed volhoudt.

## 6.2 Verzet tegen gevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag

Cliënten kunnen een gevaar zijn voor hun omgeving: omdat ze slaan, schoppen, anderen aan de haren trekken of gooien met voorwerpen. Ze kunnen ook een gevaar voor zichzelf zijn. Automutilatie kan soms extreem ver gaan: hoofd bonken, bijten in de eigen ledematen, nagels uittrekken, tanden uit de mond beuken. Ook kan er sprake zijn van ander grensoverschrijdend gedrag als het stuk maken van voorwerpen, smeren met ontlasting of openlijke seksueel gerichte handelingen als masturbatie of aan borsten of genitaliën van anderen zitten. In de zorg en behandeling van mensen met een verstandelijke handicap zijn er vele methoden (Van Gennep, 1995) ontwikkeld om hier een antwoord op te vinden. Bescherming bieden en gedragstherapie zijn de belangrijkste. Met licht verstandelijk gehandicapten zijn er ook vormen van gesprekstherapie ontwikkeld (Windemuller e.a., 1998).

Grensoverschrijdende gedragingen hebben altijd een effect op en betekenis voor anderen. Een veelvoorkomende reactie bij minder heftige en minder extreme gedragingen is acceptatie en gedogen. Vanuit de gedachte dat een bepaalde onaangepastheid nu eenmaal hoort bij mensen met een verstandelijke handicap en onaangepastheid ook haar charme heeft. Pas als de gedragingen frequenter of heftiger worden, neemt men beschermende maatregelen. Die leiden vaak tot restrictie, beheersen en controleren van de cliënt. Cliënten worden dan bijvoorbeeld een-op-een begeleid, krijgen veelvuldig psychiatrische medicatie en zitten vaak achter een gesloten deur.



Wanneer grensoverschrijdend gedrag geaccepteerd wordt als horende bij een bepaalde manier van bestaan, namelijk bij het verstandelijk gehandicapt of psychiatrisch gestoord zijn, dan is het niet verwonderlijk dat de grenzen van wat niet meer acceptabel is mee verschuiven. Maar bij sterk verschoven grenzen zijn krachtiger maatregelen nodig om de gewone grenzen weer te herstellen. Er is dus een samenhang tussen het accepteren van gedrag en een regiem van extreem beschermende en beheersmatige maatregelen.

Hoezeer men onaangepastheid ook waardeert, toch is het van belang accenten anders te gaan leggen. Enerzijds moet grensoverschrijdend en gevaarlijk gedrag niet als normaal geaccepteerd worden, anderzijds moet men niet terugvallen op beheersmatige maatregelen, maar zich systematisch en constructief verzetten tegen dit gedrag. Omer (2004) heeft de methode van gewelddadig verzet grondig uitgewerkt voor jongeren met gewelddadig en zelfdestructief gedrag. Naast het verzet tegen het grensoverschrijdend of gevaarlijk gedrag is het daarbij van groot belang ook de aanwezigheid van zowel ouders als begeleiders te intensiveren.

In de eerste sessie met Angelique vertellen begeleiders aarzelend waar ze bang voor zijn of moeite mee hebben. Angelique is niet erg aarzelend, onomwonden noemt ze op wat niet mag: 'Haren trekken, schoppen, tv gooien, op beer plassen en spugen.' 'Mag niet, hè? Niet meer doen' is haar extra commentaar. Nadat ze dit gezegd heeft, wil Angelique hier niet meer over doorpraten. Begeleiders hebben ook zo hun aarzelingen: 'Het is zo negatief hier over door te gaan en er verandert niets mee.' Haar moeder en stiefvader herhalen nog eens dat het echt niet mag en leggen uit dat als ze het niet meer doet, dat ze dan weer naar huis kan. In deze korte interactiesequentie wordt duidelijk op welke manier men vastzit. Samen met Angelique tekent een van de consulenten op een flap een zelfbedacht symbool voor de verschillende gedragingen. Er wordt een soort maandoverzicht gemaakt, dat zij met hulp van een van de begeleiders dagelijks moet invullen. Angelique krijgt na wat tegenzin duidelijk plezier in het tekenen van de symbolen. Daarbij stellen de therapeuten voor dat begeleiders dagelijks de tekst: 'Jonge vrouwen van 22 jaar kunnen, als ze zich niet prettig voelen of boos zijn, praten, huilen of schelden maar níét schoppen, haren trekken, op beer plassen, met de tv gooien en spugen' met haar te herhalen om zo de eenheid van opvatting van ieder hierover vorm te geven. De ouders bekijken als ze op bezoek komen samen met Angelique de flap en herhalen de afgesproken zin. Hiermee onderstrepen de ouders de gezamenlijke kaders die tijdens de sessies geconstrueerd zijn. Zij dragen hiermee de boodschap uit dat ieder zich inspant om verder te komen en bereid is om steun te bieden.

### 6.3 Invloed op het eigen leven vergroten

Karakteristiek voor systemen waar chronische zorg geboden wordt, is dat familie en begeleiders veel aandacht hebben voor de externe ondersteuning en controle. De cliënt met de handicap of stoornis is immers vaak maar zeer partieel in staat zichzelf te controleren en zijn eigen leven vorm te geven. Hoe meer gedragingen van een cliënt de omgeving van slag maken, des te sterker wordt de neiging de externe controle te vergroten. Hiermee verliezen familieleden en begeleiders tegen wil en dank het contact met de cliënt en verliest de cliënt het contact met zijn gedachten, gevoelens en handelingen. De afstand tussen belangrijke mensen wordt dus groter en het gevoel grip te hebben op zichzelf of de moeilijke situatie neemt af. Bij meer zelfcontrole kan iemand ervaren dat hij verantwoordelijk is voor zijn eigen handelingen en krijgt hij meer besef van de effecten van zijn gedrag op anderen. Dat besef ontstaat bij iemand met een verstandelijke handicap niet op een abstracte manier, maar op een heel concrete. Het is onmogelijk jezelf totaal en van de ene op de andere dag te controleren. Het is een leerproces. Samen met

anderen is het mogelijk op zo'n manier samen te leven dat de zelfcontrole op een duidelijk omschreven gebied geleerd, gestimuleerd en uiteindelijk verworven wordt. Bij mensen met een verstandelijke handicap is het lichaam een belangrijke zijnsvorm om zelfcontrole mee te oefenen. Lichamelijk gerichte oefeningen in combinatie met taal zijn het meest effectief gebleken. Te denken valt hierbij aan: vooruit- en achteruitlopen, evenwichtsoefeningen, krachtmetingen, gooien met een bal, fitness en fysieke arbeid. Zelfcontrole wordt ook vergroot als je je geest scherp houdt. Een naar bijeffect van psychiatrische medicatie is dat het veelal de helderheid van het bewustzijn negatief beïnvloedt. Omdat het juist zo belangrijk is dat mensen meer zelfcontrole verwerven, is de afbouw van medicatie vrijwel zonder uitzondering van groot belang. Het spreekt voor zich dat ook dit alleen lukt met steun van cliënt, ouders, begeleiders, arts en psychiater. Als er langdurig problemen zijn, is er meestal geen oog meer voor het actief houden van de mentale vermogens van mensen. Als daar wel op ingezet wordt, door middel van cognitieve training, snijdt het mes aan twee kanten. Voor de cliënt zelf is het bevredigend om de wereld beter te begrijpen, begeleiders en eventueel ouders komen in een positieve interactie die gericht is op ontwikkeling in plaats van beschermen en beheersen.

In een van de eerste sessies zegt Angelique dat ze moet plassen. De begeleider staat op om met haar mee te gaan. De therapeuten vragen: 'Wat zou er gebeuren als ze alleen gaat?' 'Dat doet ze nooit,' zei de begeleider, 'en misschien loopt ze weg.' 'Je kunt wel alleen, hè, Angelique?', zegt moeder. En Angelique gaat en komt terug. Dit is een belangrijk moment van zelfcontrole, ingebed in het vertrouwen van moeder dat ze het kan, de aarzeling van de begeleiding of ze het wel kan en de overtuiging van de consulenten dat het van belang is dat zij haar zelfcontrole vergroot.

Angelique, ouders en begeleiders bedenken lichamelijke oefeningen om kracht te meten en voeren ze ook uit.

Later komen daar cognitieve oefeningen bij, zoals lezen en rekenen. Daar is al vijf jaar niets meer aan gedaan.

#### 6.4 Team en organisatie medeverantwoordelijk

Door de beschreven aanpak blijkt het in vele gevallen mogelijk om met veel inspanning veranderingen, in de zin van een menswaardiger en beter leven, op het niveau van het individu en de direct betrokkenen te bewerkstelligen. Het leven van de cliënten wordt meestal drie maanden na de start van het vervolgtraject aanzienlijk gevarieerder en grensoverschrijdende incidenten verminderen drastisch. Maar terugval blijkt meer regel dan uitzondering. Op zich is terugval een bekend verschijnsel. Het kan helpen om de met moeite verworven nieuwe interacties na een terugval met meer elan en overtuiging te herpakken.

Terugval na afsluiting van de behandeling levert alleen dan net zo'n 'leermoment' op als tijdens de behandeling, wanneer de therapeuten voldoende aandacht besteden aan ten eerste de *processen* in het team en de daaruit voortvloeiende *dynamiek* en ten tweede het betrekken en *valideren* van die functionarissen in de organisatie die de *macht* hebben. Dat zijn meestal artsen, psychiaters en managers.

De interventies gericht op deze twee aspecten blijken bepalender voor succes en bestendigheid van de resultaten van de behandeling, dan de consulenten aanvankelijk dachten.

In het geval van Angelique sluipt gemakkelijk angst in het team. Teamtrainingen waar de angst openlijk besproken wordt zonder deze als slap of minderwaardig te beschouwen, helpen om oplossingen te vinden. Het is moeilijk de angst te zien als eigen angst en niet als een signaal om de veiligheid te vergroten door weer maatregelen te treffen die mogelijke explosies bij Angelique moeten voorkomen. De consumenten kunnen op grond van de feiten en de geschiedenis van Angelique moeten voorkomen. De consumenten meer maatregelen er niet voor hebben gezorgd dat er minder explosies waren. De discussie of Angelique het nu aankan om met één in plaats van twee begeleiders te functioneren, verandert in een gesprek of de begeleiders zich veilig genoeg voelen om alleen met haar op stap te gaan of niet. Echt veilig werd het toen men accepteerde dat er verschillen kunnen bestaan. Angst ben je niet zomaar kwijt.

Een team kan alleen zo functioneren als een leidinggevende dit proces begrijpt en ondersteunt. Druk van de leidinggevende om bijvoorbeeld zo snel mogelijk de dure twee-op-een-begeleiding te veranderen in een minder dure, is een voedingsbodemp voor stress en angst in het team en zal eerder leiden tot terugval. Daarom moeten leidinggevend en managers betrokken worden bij het gehele behandelproces van de start tot de consolidatiefase. Soms zijn extra bijeenkomsten voor staf en leiding noodzakelijk.

## 7 Afronden van de consultatie

Een consultatie is per definitie tijdelijk. Een professionele buitenstaander wordt gevraagd mee te denken en soms mee te doen bij een vastlopende casus. Het is niet de bedoeling om de casus over te nemen, maar om het gehele systeem input te geven om zelf verder te kunnen. Bij intensieve consultaties zoals hierboven beschreven, waarbij de consulent intensief participeren in de (meta)behandeling, ligt het afronden delicaat. Als gedurende het consultatieproces duidelijk blijft dat de behandelverantwoordelijkheid blijft liggen bij de hoofdbehandelaar van de organisatie, lukt het ook goed om de consultatie af te ronden. Dan is er namelijk sprake van goed overleg en heldere afspraken over positie en verantwoordelijkheden. In de praktijk is dat niet altijd zo gemakkelijk en het is belangrijk om rondom elke sessie aandacht te besteden aan de kwestie van de verantwoordelijkheid, de voortgang en hoe ieder het proces ervaart. Een consultatie leent zich niet zo gemakkelijk voor het gebruik van feedbackinstrumenten als de SRS (*Session Rating Scale*) en de ORS (*Outcome Rating Scale*) (Miller e.a., 2007), maar het principe van het organiseren van feedback gericht op de genoemde kritische punten is aan te bevelen.

## 8 Wat is van belang voor systeemtherapeuten?

Er zijn nog niet zo veel systeemtherapeuten werkzaam in de zorg voor mensen met een handicap. Maar systeemtherapie met mensen met een verstandelijke handicap is goed mogelijk. Daarbij is cruciaal het daadwerkelijk betrekken van de persoon met de verstandelijke handicap. Dit vraagt van therapeuten, begeleiders en familie een concrete wijze van communiceren. Het helpt als, ook in de sessies met de cliënt erbij, ouders en begeleiders spreken over positieve intenties en hopeloze worstelingen. Het samen zoeken naar een kleine stap ter verbetering, ervaren met name ouders vaak als een daad van solidariteit: hulpverleners springen met hen in het diepe en zwemmen mee, en doen niet alsof ze weten hoe ouders met hun zoon of dochter om moeten gaan.

Vaak reageren cliënten op woorden, zinnen of emoties die geuit worden. Dat levert begrip en vaak ook tranen op, maar het werkt verbindend.

## 9 Toepasbaarheid in andere contexten

Het beschreven consultatiemodel is ontwikkeld in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in combinatie met psychische stoornissen. In de loop der jaren is het model bruikbaar gebleken in andere contexten, zoals de psychiatrie, de verpleegzorg en de zorg voor mensen met een lichamelijke handicap. Uiteraard vragen specifieke contexten aanpassingen of kunnen accenten verschillen, maar de basisprincipes kunnen steeds herkend en toegepast worden. De kern is dat niet de individuele stoornis centraal staat, maar de ruimten tussen de betrokken actoren. Die tussenruimten komen meer centraal te staan door je te richten op de in de inleiding genoemde concepten: deconstructie van dominante opvattingen, werken met de polariteit afstand-nabijheid, bevragen van de ervaren invloed en in beeld brengen van het verloop in de tijd.